

## 跨親等/獨立加保聲明書

一、保險對象 \_\_\_\_\_ (身分證號 \_\_\_\_\_)，欲參加全民健保，惟

因下列之原因未能依附最近親等之家人投保，特此聲明。

- 父母離婚、分居、行蹤不明(註1)或未盡扶養義務(註2)。
- 子女行蹤不明(註1)或未盡扶養義務(註2)。
- 配偶雙方感情不睦、分居或辦理離婚手續中(註2)
- 原應依附對象目前以眷屬身分加保或為福保、服義務役、服刑者(註1)。
- 持有保護令或出示警政、社政機關介入處理及其他經保險人認定證明文件之家庭暴力被害人。(註1)
- 其他 ( \_\_\_\_\_ 等因素)。

註1：檢附證明文件。

註2：原應依附加保之保險對象如為高薪或雇主，須有證明人，本組將併同參酌審核。

### ※申請跨親等以眷屬身分

依附(姓名) \_\_\_\_\_ (身分證號 \_\_\_\_\_) 投保，應繳之保險費由被保險人負擔。

### ※申請以第六類被保險人獨立投保

於戶籍地 \_\_\_\_\_ 公所，並負擔應繳之保險費。

二、以上聲明若有不實，聲明人願負一切法律責任。

此致

衛生福利部中央健康保險署

臺北  北區  中區  
 南區  高屏  東區

業務組

聲明人： \_\_\_\_\_ 身分證號： \_\_\_\_\_

與保險對象關係： \_\_\_\_\_

聯絡電話： \_\_\_\_\_ 行動電話： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

聲明人  
簽章

證明人： \_\_\_\_\_ 身分證號： \_\_\_\_\_

與保險對象關係： \_\_\_\_\_

連絡電話： \_\_\_\_\_ 行動電話： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_

證明人  
簽章

※當事人臨櫃應出示身分證明文件正本；委任他人代理時應先填妥本聲明書，且代理人應檢具雙方身分證明文件正本。

中 華 民 國 年 月 日